

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No.

255

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André BEYRAND

Né le 21 novembre 1904 à LADIGNAC-LE-LONG (Haute-Vienne)

DE LA PROPHYLAXIE
DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Président de thèse: M. LAIGNEL-LAVASTINE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1933

200

**DE LA PROPHYLAXIE
DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE**

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André BEYRAND

Né le 21 novembre 1904 à LADIGNAC-LE-LONG (Haute-Vienne)

DE LA PROPHYLAXIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Président de thèse: M. LAIGNEL-LAVASTINE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1933

Doyen

BALTHAZARD.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
GREGOIRE.
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
LEMIERRE.
BRUMPT.
BAUDOIN.
CLERC.
LENORMANT.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
LOPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-

LAVASTINE

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

FIESSINGER.
Maur. VILLARET.

Clinique médicale

CARNOT.
BEZANÇON.
ACHARD.

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Marcel LABBE.
LEREBOULLET.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
TEISSIER.

Clinique chirurgicale

DELBET.

Clinique ophtalmologique

CUNEO.

Clinique urologique

LEJARS.

Clinique d'accouchements

GOSSET.

Clinique gynécologique

TERRIEN.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

LEGUEU.

Clinique thérapeutique médicale

COUVELAIRE.

Clinique oto-rhino-laryngologique

BRINDEAU.

Clinique thérapeutique chirurgicale

JEANNIN.

Clinique propédeutique

J.-L. FAURE.

Clinique de la Tuberculose

OMBREDANNE.

Professeur sans chaire

RATHERY.

LEMAITRE.

Pierre DUVAL.

Léon BERNARD.

SERGENT.

MAUCLAIRE.

MULON.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE.

trie.

AUBERTIN ...

Pathologie médicale.

BENARD Henri.

Pathologie médicale.

BROCC

Neurologie et Psychia-

BRULE

Pathologie médicale.

BUSQUET

Pharmacologie.

CADENAT

Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA

Pathologie médicale.

CHABROL

Pathologie médicale.

CHAILLEY-

BERT.

Physiologie.

CHEVALLIER .

Pathologie médicale.

DOGNON

Physique.

DONZELOT ...

Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART d'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri.	Hygiène.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.

MM.	
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY- RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU- LEMAIRE.	Parasitologie.
RETTNER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique chirurgicale.
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLE	

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.

Education physique.

Radiologie clinique.

Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE — A MON PÈRE

Bien faible témoignage de ma
grande piété filiale et de ma pro-
fonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MES COUSINS

A MES AMIS

LE DOCTEUR JEAN-RENÉ SICOT

En souvenir de nos heures d'études
et de nos heures de joie.

LE DOCTEUR C. AUMASSON

En souvenir de notre internat à
la Maison de Santé de Vanves.

A MON AMI

LE DOCTEUR EMILE MOINS

En toute amitié.

Meis et Amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

*Professeur d'Histoire de la Médecine
à la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Pitié*

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse et auprès de qui
nous avons trouvé les conseils les
plus précieux.

En témoignage de notre respect
et de notre reconnaissance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LIMOGES

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MON MAITRE LE DOCTEUR VIGNAUD

Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a ouvert le domaine
de la Psychiâtrie et à qui nous
devons le sujet de cette thèse.

En témoignage de notre profond
respect et de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAVAUT

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui a bien voulu nous recevoir
dans son service et nous faire part
de ses plus récents travaux.

CHAPITRE PREMIER

PROPHYLAXIE DE LA PARALYSIE GENERALE

HISTORIQUE

La paralysie générale, maladie pourtant remarquable par sa fréquence et sa gravité, est restée longtemps ignorée des médecins et des observateurs.

Dans sa thèse, notre Maître, le Docteur Vignaud, fait l'historique très complet de cette maladie et c'est dans ce travail encore fort apprécié, que nous avons puisé tous les renseignements antérieurs à 1902.

Willis, dans son « *De anima brutorum* » (1581), parle de malades qui tombaient en paralysie après avoir présenté des accidents cérébraux ; mais ses descriptions vagues ne rappellent en rien la P. G.

« Les médecins de cette époque, nourris de l'humorisme antique, ne voyaient dans ces associations de paralysies et de folies diverses que la coexistence de deux faits dûs à la même cause : le trouble d'une humeur ; humeur mélancolique, pituite ou bile ; les plus sincères avouaient qu'il était impossible de préciser. Les solidistes n'étaient guère plus avancés, et

Joubert de Montpellier cherchant les réactions des solides aux causes morbifiques, constatait dans un mémoire sur « La Paralyse expliquée par la Médecine et l'Astrologie », qu'en été, par pleine lune, les mouvements de la langue sont plus difficiles chez les paralytiques (1) ».

Vers la fin du XVIII^e siècle, Haslam, apothicaire à l'Asile de Bedlam, publie à Londres des observations remarquables où l'on retrouve des symptômes précis de la P. G. La parole est embarrassée (impeded), écrit-il, la bouche est déviée, et il signale, outre la paralysie plus ou moins complète d'un bras ou d'une jambe, la fréquence du délire ambitieux chez les fous paralytiques. Quant au traitement, il consistait en une alimentation riche, en boissons reconstituantes : l'hiver, on traitait le paralytique en « plante d'appartement ».

En France, il faut attendre les réformes de Pinel pour que les médecins, observant les aliénés de plus près, découvrent la Paralyse Générale.

Esquirol et ses élèves décrivent une paralysie « générale » et « incomplète » survenant chez de vieux aliénés, mais sans rapport direct avec les troubles mentaux et constituant une simple complication de la folie.

Pour ces observateurs les aliénés paralytiques étaient donc atteints de deux maladies différentes — folie et paralysie — cette dernière pouvant compliquer toutes

(1) Laignel-Lavastine et Jean Vinchon. Les Précurseurs de Bayle. Rapport du Centenaire de la thèse de Bayle : 1822-1922.

les formes de la folie, ils la dénommaient pour cela « Paralyisie générale des aliénés ».

Bayle, le premier, s'éleva à la conception d'une maladie distincte qu'il définit : « Une aliénation mentale avec paralyisie incomplète par suite de méningite chronique ». Il fut le premier à décrire les caractères spéciaux des troubles moteurs, montrant qu'ils ne se rencontrent pas dans les folies chroniques en général, mais qu'ils sont au contraire associés à certains troubles intellectuels, à une « monomanie ambitieuse » présentant, dès le début, un affaiblissement des facultés et se terminant par une démence complète.

C'était la doctrine unitaire de la paralyisie générale, opposée à la conception dualiste d'Esquirol et de son école.

Cette nouvelle conception, bien que généralement adoptée, devait donner lieu à de vives et nombreuses controverses. Des travaux importants sont consacrés à ce sujet passionnant, nous ne citerons que les plus marquants : ceux de Parchappe et Jules Falret pour la Folie paralytique ; ceux de Baillager pour la théorie dualiste.

Parchappe est le premier auteur qui ait appliqué à la P. G. l'expression de folie paralytique — sa doctrine, malgré quelques divergences, est la doctrine unitaire de Bayle.

L'originalité de ses travaux réside dans le fait qu'il a décrit, l'un des premiers, la forme mélancolique de

la P. G. et qu'il a signalé dans quelques observations l'inégalité pupillaire.

Pour Jules Falret, comme pour Parchappe d'ailleurs, la folie paralytique est une forme spéciale de maladie mentale constituée par un ensemble de phénomènes dont la réunion est indispensable pour faire une espèce naturelle :

- 1° Une paralysie spéciale ;
- 2° Des lésions anatomiques particulières ;
- 3° Une marche spéciale ;
- 4° Un délire particulier.

Jules Falret s'est attaché à étudier plus particulièrement le délire de la folie paralytique — objet essentiel de sa thèse —. Après de nombreuses observations d'une précision remarquable, il a dégagé certains caractères vraiment propres aux idées délirantes des P. G. et il les a résumés dans une formule encore célèbre : « Les idées délirantes des paralytiques (quel qu'en soit le contenu) sont multiples, mobiles, non motivées et contradictoires entre elles ».

Il a insisté beaucoup sur cette idée que les individus, de quelque classe de la société qu'ils soient, de la plus basse comme de la plus élevée, lorsqu'ils deviennent P. G. avec des idées de grandeurs, présentent les mêmes modalités délirantes. Il racontait à ce sujet l'histoire de ce roi de l'Europe qui, atteint de périencéphalite chronique diffuse, affirmait dans son délire et avec cet

air béat si caractéristique, qu'il était empereur de l'Himalaya.

Et Ant. Ritti, dans son éloge de Jules Falret, ajoutait à la suite cette anecdote : En ce qui concerne la folie et ses manifestations se trouve donc justifiée la maxime de Montaigne : « Les âmes des empereurs et des save-tiers sont jetées à mesme moule » (Essais. Livre II).

Avec Baillarger, la doctrine de Bayle devait soutenir, comme l'a dit Arnaud, trois grands assauts : le premier à propos de la paralysie sans aliénation, le second au sujet des folies congestives, le troisième enfin, à propos des pseudo-paralysies générales.

Baillarger fut un partisan tenace de la dualité de la paralysie générale.

Pendant près d'un demi-siècle, il consacra la plus grande partie de son activité scientifique à des recherches cliniques, anatomo-pathologiques, historiques, sur la paralysie générale ; ainsi appuyé par ses travaux personnels et par son érudition étendue, il appliqua toutes les ressources d'une dialectique passionnée, à la défense de cette « *théorie dualiste* » de la paralysie générale.

De nos jours, cette réaction contre l'œuvre de Bayle persiste encore, remettant en question l'unité de la P. G. et même son existence en tant que maladie autonome.

Mais la question n'est plus essentiellement nosologique, elle est devenue surtout étiologique. On ne se demande plus si la P. G. doit être ou non séparée de

la « folie », mais bien si elle a une ou plusieurs causes. A la notion de « dualité » se substitue la notion de « pluralité » opposée à l'unité de Bayle.

*

* *

Actuellement, la théorie syphilitique domine toutes les conceptions de la P. G.

Les premières indications relatives à l'influence de la syphilis sont de date ancienne mais, c'est en 1857 qu'Esmarch et Jessen déclarèrent que la P. G. est toujours et invariablement causée par la syphilis. Cette nouvelle opinion fit quelque bruit à l'époque et souleva de nombreuses protestations.

En Allemagne, en Belgique, en Angleterre, de nombreux travaux parurent sur cette question qui ne devait être reprise, en France, que vers 1875.

Cette origine syphilitique de la P. G. fut surtout soutenue par Erb, en Allemagne, et par Regis, en France, mais elle ne s'établit avec autorité qu'après les travaux de Fournier.

Fournier, en 1893, se déclara parfaitement convaincu de la réalité de la relation de cause à effet qui unit la syphilis et la P. G. vraie.

Pourtant, après les nombreux succès du traitement mercuriel — traitement considéré alors comme un critérium pour le diagnostic des affections syphiliti-

ques, — Fournier n'osa plus conclure à la nature syphilitique de la P. G. et créa le terme de « parasymphilis ».

F. Arnaud disait qu'à la Maison de santé de Vanves c'était une véritable surprise, une anomalie d'ailleurs exceptionnelle que de ne pas trouver la syphilis dans les antécédents des paralytiques.

En mars 1902, à une séance de la Société de Neurologie, l'Étiologie syphilitique de la P. G. fut de nouveau le sujet d'une longue discussion. Raymond, Brissaud, Dupré, Babinski soutiennent l'origine syphilitique de la P. G.

A l'étranger, l'opinion est la même.

Dans l'*American Journal of Insanity* (avril 1902), nous relevons un article où l'auteur admet que la syphilis est le facteur le plus commun de la P. G. : elle peut agir directement comme cause excitante ou indirectement comme cause prédisposante ; d'ordinaire, elle n'est pas la seule cause et n'agit que concurremment avec le surmenage cérébral, l'alcoolisme ou l'hérédité.

Dans ces vingt dernières années, nos connaissances subissent une impulsion considérable.

Fournier soutenait l'origine, mais non la nature syphilitique de la P. G. Cette hypothèse fut ébranlée d'abord par la constatation d'un B. W. positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, ensuite, par la découverte du tréponème dans le cerveau des P. G.

Les travaux de Noguchi et Moore (1913), Marinesco et Monea, Jahnel, Levaditi et A. Marie, en démontrant la présence de spirochètes dans le sérum, dans l'écorce cérébrale, les voies optiques des paralytiques morts soit en ictus, soit de cachexie, semblaient faire admettre sans contestation la nature syphilitique de cette affection. Malgré cela, des « fourniéristes » demeurent ; et Klippel soutient qu'il existe des paralysies générales de causes totalement étrangères à la syphilis et que même chez les vérolés devenus P. G., la syphilis n'agit que comme cause prédisposante.

D'autres théories sont venues enrichir ou compliquer nos connaissances : L'hypothèse de l'existence d'un virus neurotrope et d'un virus dermatrope, avec ses fervents défenseurs Milian et Page et de non moins fervents adversaires qui soutiennent, avec des arguments de valeur, l'unité du virus.

Actuellement, les recherches se poursuivent surtout dans le domaine du chimisme et de la cytologie du liquide céphalo-rachidien.

La ponction lombaire pratiquée pour la première fois par Quincke devait devenir le moyen d'investigation le plus précieux de la syphilis nerveuse.

En 1900, Widal étudie en collaboration avec Sicard et Ravaut la cytologie liquide céphalo-rachidien et publie la technique du cyto-diagnostic (Société de Biologie, 30 juin 1900).

Le 2 avril 1903, dans une même séance à la Société de Neurologie, MM. Widal, Sicard et Ravaut — MM. Guillaïn et Parant — apportent simultanément les résultats de leurs recherches sur les albumines du liquide céphalo-rachidien au cours du Tabes, de la P. G. et de certains processus méningés chroniques.

En 1906, Wassermann et Plaut démontrent que la réaction de B. W. est applicable à l'examen du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. Puis les réactions de floculation (Vernes-Meinicke, 1917), celle du benjoin colloïdal (Guillaïn, Laroche, Lechelle, 1920) de l'elixir parégorique, viennent compléter les moyens d'investigation du L. C. R.

Dans ce domaine, nous devons citer un nom, celui de M. Paul Ravaut qui, depuis plus de 30 ans, consacre la plus grande partie de son activité scientifique à l'étude du L. C. R. des syphilitiques et dont les fructueuses recherches permettent, actuellement, de faire le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse et de la P. G.

CHAPITRE II

DES DIVERS TRAITEMENTS DE LA P. G. DE LEUR INSUFFISANCE

Lorsque, après les constatations d'Esmark et Jessen (1857), après les travaux de Fournier (1882), apparut l'importance de la syphilis comme facteur étiologique, le traitement, qui jusqu'alors était exclusivement symptomatique, s'orienta vers une toute autre voie qui suscita les plus grands espoirs.

Puisque la P. G. n'était autre qu'une manifestation nerveuse de la syphilis, il était permis d'en espérer la guérison, grâce à la médication mercurielle, d'une efficacité certaine sur toutes les lésions syphilitiques.

Les essais thérapeutiques furent nombreux. On utilisa le mercure sous toute ses formes : huile grise, calomel, injection de sels solubles (biiodure, benzoate, cyanure de Hg). Les résultats furent décevants. Et en 1905, à l'Académie de Médecine, Fournier proclama solennellement la faillite complète du traitement mercuriel.

Après l'apparition, dans l'arsenal thérapeutique, des puissants spirillicides que sont les arsenicaux, de nouvelles tentatives sont faites. Les résultats sont pauvres.

Certains auteurs (Herdel et Moore) attribuent l'inefficacité du traitement à l'imperméabilité des méninges et du plexus choroïde qui agit normalement comme filtre.

Chez le sujet normal, la perméabilité des méninges et du plexus choroïde paraît limitée à la production du liquide céphalo-rachidien : les microbes, les anticorps et la plupart des médicaments qui peuvent être véhiculés par le sang ne passent pas dans le liquide céphalo-rachidien. A l'état pathologique, cette perméabilité plus grande : microbes et anticorps passent dans le liquide, mais les médicaments (en particulier le Hg et l'arsenic) ne passent pas ou ne passent qu'en petite quantité.

Ainsi s'expliquerait les insuccès par voie intraveineuse. D'où l'idée des injections intrarachidiennes de Hg ou de novarsenic, ayant pour but, soit de détruire directement les spirochètes, soit de permettre le passage des anticorps du sang vers le liquide céphalo-rachidien.

Cette dernière hypothèse explique la tendance des thérapeutes à associer le traitement intraveineux au traitement intrarachidien.

Dès 1900, Sicard fait quelques tentatives d'injections rachidiennes de biiodure de Hg.

Marinesco (1910), Swift-Elliss (1912), Flexner, préconisent dans la P. G. l'emploi des injections sous arachnoïdiennes lombaires de sérum salvarsanisé.

Ravaut, Arbeit et Rabeau signalent, en novembre 1920, d'heureux résultats obtenus par injection intrarachidienne de novarsenic.

On alla même plus loin. Puisque dans le processus de la P. G. on venait de découvrir le tréponème cérébral, il paraissait logique d'agir directement sur cette localisation par des injections sous-arachnoïdiennes cérébrales.

Des tentatives furent faites en France, par Marie, Levaditi, Sicard.

En 1920, à la réunion neurologique, Sicard préconise la méthode des petites doses novarsenicales répétées et prolongées par les voies sous-cutanées et intramusculaires.

Leredde, Milian, préfèrent les injections intraveineuses à doses progressivement croissantes.

Ravaut et Tinel sont partisans du traitement mixte (mercure et arsenic).

En 1921, Marie, Levaditi, Sazerac expérimentent les sels de Bismuth (tarto-bismuthade de sodium), et pendant quelques années, le bismuth a joui de la réputation d'une médication antisyphilitique neurotrope. Mais cette réputation était usurpée.

Dans sa thèse, en 1922, Furet se fait le défenseur du traitement par les arsenobenzols.

Malgré quelques résultats satisfaisants, l'action des arsenobenzènes sur la P. G. est manifestement insuffisante.

MM. Sezary et Barbé, après avoir expérimenté l'arsenic et le bismuth associés, après avoir associé le traitement spécifique à des chocs (injections de nucléinate de soude, sérum d'animaux, mésothorium, en même temps que des injections d'arsenic trivalent et de bismuth) après avoir, en même temps que Sicard et Roger, Cestare et Riser, donné à leurs malades, outre les médications antisypilitiques, des substances ayant une affinité spéciale pour le tissu nerveux : camphre-gardenal, etc... Après avoir fait de nombreuses recherches et expérimenté successivement l'arsacétine et le 240 de Fourneau, MM. Sezary et Barbe ont fixé définitivement leur choix sur le stovarsol sodique, dérivé de l'arsenic pentavalent.

Ainsi fut constitué la stovarsolthérapie sur laquelle de grands espoirs sont fondés.

D'ailleurs, nous reviendrons sur ce traitement qui, associé à la malariathérapie doit donner d'excellents résultats dans la prophylaxie de la P. G.

A côté du traitement spécifique, de nombreux traitements ont été expérimentés :

En 1916, on signale 3 cas de P. G. améliorés par des injections intraveineuses de liquide céphalo-rachidien provenant de paralytiques (Bulletin de la Société des Médecins et Naturalistes de Jassy).

Tentatives de traitement par inoculation d'une maladie infectieuse.

Traitement par abcès de fixation. Traitement par la Tuberculine.

Bulos (Thèse de Bordeaux, 1918) mentionne quelques cas heureux dûs à la Tuberculine.

En juillet 1917, Wagner Jauregg, de Vienne, fit les premiers essais du traitement de la P. G. par l'inoculation du paludisme.

La malariathérapie s'inspire de la doctrine hippocratique concernant l'action favorable des maladies intercurrentes fébriles sur l'évolution des psychoses.

Galien avait envisagé la guérison de la mélancolie par la malaria.

Les médecins de Louis XI lui conseillèrent de s'exposer à contracter la fièvre quarte pour être guéri du mal caduc (Duclos, Histoire de Louis XI, 1745, t. III, p. 474).

Depuis 1917, la malariathérapie a été appliquée dans tous les pays et de nombreux travaux furent publiés à ce sujet en Autriche, Allemagne, Angleterre, Pologne, Etats-Unis, Amérique du Sud.

En France, les premiers travaux datent de 1923 et sont dûs à MM. A. Marie-Claude et Targowla.

En 1925, Fribourg-Blanc publie les résultats obtenus dans son service du Val-de-Grâce.

En 1929, MM. Chevallier et Meyer, au Congrès de Dermatologistes et syphiligraphes de Langue française, présentent un rapport très complet sur la malariathérapie.

En 1931, Leroy et Medakovitch publient un ouvrage

important, ouvrage d'ensemble envisageant et traitant la question à tous les points de vue.

La malariathérapie a donné et donne d'excellents résultats, mais son insuffisance est manifeste dans le traitement curatif de la P. G. Son avenir réside avant tout dans son emploi comme mesure prophylactique.

*

* *

Après cette revue d'ensemble de tous les traitements anciens et modernes, malgré tous les progrès, malgré tous les résultats encourageants des diverses méthodes employées, nous pouvons affirmer, comme il y a 10 ans l'affirmait M. Truelle dans son rapport au centenaire de la thèse de Bayle « Il n'y a pas actuellement de traitement curatif de la Paralytic Générale ».

Le vrai traitement de la P. G. est un traitement prophylactique et nous voulons, dans ce modeste ouvrage, essayer d'en établir les bases.

CHAPITRE III

DE LA PROPHYLAXIE DE LA P. G.

PARAGRAPHE I

La prophylaxie de la paralysie générale exige avant tout qu'on se préserve de l'infection syphilitique.

a) *Prophylaxie individuelle*

Roux et Metchnikoff ont montré que la syphilis, inoculée au singe, pouvait être enrayée par une friction mercurielle, au point d'inoculation, faite 8 heures au plus tard après l'infection.

Ils ont proposé d'étendre cette méthode à l'homme, et des statistiques du service de santé des armées américaines et françaises où la méthode a été appliquée dans les « préventoriums » sont en sa faveur.

Faire une friction, de la pommade de Roux et Metchnikoff (calomel à la vapeur, vaseline, lanoline) à parties égales sur les organes génitaux avant et après les rapports sexuels.

MM. Levaditi et Fournier ont préconisé l'ingestion du Stovarsol.

Prendre le matin à jeun, pendant trois jours consécutifs, 3 à 6 comprimés de 0.25 de Stovarsol. On peut renouveler ce même traitement trois jours plus tard.

b) *Prophylaxie de la syphilis*

Sans nous attarder sur ce sujet trop vaste pour le cadre étroit de notre travail, nous nous bornerons à citer les nombreux efforts fournis en France par les diverses organisations qui luttent contre le péril vénérien.

Commencée avec le professeur Fournier, la lutte contre le péril vénérien fut officiellement entamée en 1916.

Sous l'impulsion du docteur Cavaillon (chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes au Ministère de la Santé Publique) la lutte a été menée avec vigueur et une entente parfaite entre tous les organismes qui s'en occupent :

Ministère (Service central de prophylaxie des maladies vénériennes — Commission générale de propagande — Office national d'hygiène sociale). Les grandes sociétés autonomes (Ligue nationale française contre le Péril vénérien, Société française de prophylaxie sanitaire et morale, Institut prophylactique, Dr Arthur Vernes).

Les résultats des efforts communs étaient en 1928 :

2.081.170 consultations données.

1.343.525 injections pratiquées.

357.772 examens sérologiques.

641.000 affiches et tracts vulgarisés.

1.265.480 personnes touchées par la conférence, le théâtre, le film.

1.000.000 articles de presse.

En mai 1930, l'armement antivénérien comprend 1.500 services de nature variée et d'importance très inégale mais concourant tous au même but.

Depuis, la lutte ne s'est pas arrêtée.

Développement du service social antivénérien qui permet l'assiduité du traitement.

Education des infirmières visiteuses.

Amélioration des dispensaires.

Traitement gratuit à domicile par des médecins agréés qui reçoivent les médicaments à titre gratuit et sont rétribués de leurs soins par l'Etat.

Accentuation et développement de la propagande antivénérienne.

Création et amélioration de Laboratoires centraux de sérologie.

Créations de centres de malariathérapie pour le traitement de la P. G.

Des projets de loi tendant à rendre obligatoires les organisations antivénériennes — à transformer les conditions de surveillance de la prostitution — à pré-

venir les méfaits du charlatanisme ont été rédigés. (D^{rs} Cavaillon et Sicard de Plauzolles).

D'autres projets ou propositions de loi d'après lesquelles le traitement de la syphilis serait rendu obligatoire et le délit d'imprudence sanitaire sévèrement réprimé ont été également élaborés par la Commission de Prophylaxie des Maladies Vénériennes.

En France, tous les syphiligraphes mènent la lutte :

Dans l'*Hygiène Sociale* du 10 janvier 1931, nous relevons dans un rapport de Georges Brouardel les conclusions suivantes :

- 1° Accentuer la propagande.
- 2° Créer et ouvrir de nouveaux services.
- 3° Perfectionner et développer le personnel des infirmières visiteuses.
- 4° Obligation du traitement (des lois exigeant cette obligation existe dans certains pays : Suède, Danemark).
- 5° Réglementation de la prostitution et restriction de la prostitution clandestine.
- 6° Examen médical pré-nuptial obligatoire.

Dans la revue *La Prophylaxie Antivénérienne*, octobre 1931, numéro 10, nous trouvons un rapport du professeur Jeanselme où nous avons relevé ceci :

« Le programme dont il faut s'inspirer pour faire une bonne prophylaxie peut tenir en quelques lignes :

- a) Donner à l'enfant une forte éducation morale,

combattre le relâchement des mœurs et la démoralisation publique.

b) Intensifier l'éducation antivénérienne des éducateurs et du public par une propagande revêtant les formes les plus variées (tracts, affiches, brochures, romans et pièces de théâtre, images et cinéma), conférences appropriées à tous les groupements sociaux.

c) Exercer un contrôle effectif sur les prostituées.

d) Enfin et surtout, dépister la syphilis et la traiter dès son début par les méthodes les plus énergiques ».

Dans le *Bruxelles Médical*, 27 novembre 1932, nous relevons une idée originale au sujet de la propagande prophylactique :

« ...La propagande prophylactique doit surtout pénétrer aux sources mêmes de la contagion : les maisons de tolérances, de rendez-vous, etc... Le docteur Saint-Paul a schématisé les aspects de cette lutte : installer la précaution là où est le danger, intéresser la prostitution à la précaution.

« Il faudrait enseigner à la prostituée l'Hygiène génitale : chercher à créer chez elle une sorte de « conscience professionnelle » en la sollicitant dans sa psychologie et dans son intérêt matériel, qui va d'ailleurs de pair avec la conservation de la santé ».

Au centenaire d'Alfred Fournier, Paris, 9-12 mai 1932, les rapporteurs français et étrangers se sont attachés à montrer tous les bienfaits rendus par le Service Social dans la lutte contre la syphilis.

Rapport de Mrs Neville Rolfe (secrétaire générale du du British Social Council).

Rapport de M. le professeur Jadassohn (président de la Société allemande de lutte contre les maladies vénériennes).

Rapport de Madame Georges Getting et du docteur Louste.

Rapport de M. le professeur Louis Spillmann (doyen de la Faculté de Médecine de Nancy) qui écrit : « Le service social à l'hôpital est un des plus belles et des plus généreuses réalisations de ces dix dernières années. Il est né de de l'impérieuse nécessité dans laquelle s'est trouvé placé le médecin de ne pas borner son action à guérir le mieux possible son malade mais de lui venir en aide, de préciser les origines de son mal et d'essayer d'en limiter les conséquences familiales ou sociales. »

Partout, en France, à l'étranger, la lutte s'accroît, chaque jour le cercle de défense se rétrécit autour de la syphilis « fléau social » aussi, avons-nous confiance en l'avenir.

PARAGRAPHE II

Traitement de la syphilis

Une fois l'infection déclarée, à la période primaire et au début de la période secondaire, le problème de la

prophylaxie de la P. G. se confond avec celui de la curabilité de la syphilis précoce.

Mais là, plusieurs questions se posent.

1°) Les traitements arsenobenzeniques trop hâtifs et trop intensifs ne joueraient-ils pas un rôle provocateur dans l'éclosion des localisations nerveuses ?

2°) Faut-il laisser évoluer les accidents secondaires pour qu'il se développe une immunisation spontanée par la peau immunisation qui éviterait les manifestations nerveuses ?

A ce sujet, les statistiques et les révélations de Raoul Bernard de Bruxelles sont vraiment troublantes — Cet auteur insiste sur le rôle de la peau comme facteur d'immunité et cite les travaux de Bettman, Dujardin, Bergel, Hauptmann. Il rappelle que pour de Mulden, les réactions cutanées formidables observées chez les indigènes de l'Afrique équatoriale sont protectrices — ce serait « l'Européanisation » de la syphilis sous l'influence de nos traitements qui ferait apparaître les accidents nerveux. Mais il n'oublie pas d'invoquer le rôle de l'alcoolisme et du surmenage.

Il remarque que Montpellier, d'Alger, après avoir comparé les syphilis européennes et arabes conclut que les irritations et les éruptions entraînent le virus vers la peau et le rendent dermatrope. Il cite les observations du professeur Gougerot pour qui, les éruptions banales, les dermites artificielles, survenues après le traitement de la gale ou après frictions mercurielles, rendraient

l'évolution de la syphilis plus bénigne. Avec Ruelle, Raoul Bernard apporte les résultats comparatifs de la sérologie sanguine et des conditions du liquide céphalo-rachidien chez les deux groupes de 30 syphilitiques, anciens de 5 à 6 ans, dont 30 traités dans la période du chancre et 30 traités seulement au moment des accidents secondaires et il démontre que, sur les 60 malades les résultats éloignés sont beaucoup plus beaux chez ceux ou « *l'immunité secondaire a pu s'établir* ».

Malgré les observations impressionnantes de Raoul Bernard presque tous les syphiligraphes français et la plus grande majorité de leurs confrères étrangers restent fidèles aux principes du traitement « *précoce* » et « *intensif* ».

Nous-même, nous basant sur les communications faites à la Conférence Internationale de Mai 1932, nous inspirant de l'admirable enquête menée par la Vie Médicale (25 Janvier 1933) sur le sujet ; « En cas de chancre, êtes-vous d'avis de commencer immédiatement le traitement ou d'attendre l'apparition des accidents secondaires » nous dirons : (n'envisageant la question que sous l'angle qui intéresse notre travail) qu'un syphilitique, traité correctement et précocement, a toutes les chances d'échapper aux accidents ultérieurs — à la P. G. par conséquent. — Mais nous ajouterons avec Mr. Sezary qu'il vaut mieux ne pas traiter un syphilitique que de le traiter d'une façon incomplète — les traitements arsenicaux et bismuthiques insuffisants favo-

risent le développement des complications nerveuses ou en hâtent l'apparition. — En effet, dans sa thèse, Mademoiselle Roudinesco montre que chez un syphilitique non traité, la P. G. survient en moyenne 18 ans après le chancre ; chez un syphilitique très peu traité, elle apparaît 15 ans après, enfin, chez un syphilitique ayant reçu un traitement assez important, mais insuffisant, elle se développe 10 ans après le chancre.

Il faut donc frapper *vite, fort et sans répit* et reprenant une phrase de Lortat-Jacob nous dirons qu'en matière de prophylaxie de la P. G. le temps perdu ne se rattrape jamais.

Les méthodes thérapeutiques varient suivant les syphiligraphes, nous citerons ici la technique du professeur Sezary qui nous paraît excellente.

Aussitôt le diagnostic posé avec certitude, instituer tout de suite.

a) *Traitement d'assaut*

Premier jour : Injection intraveineuse de 0.15 de 914 en même temps qu'une piqûre intramusculaire d'une préparation insoluble de bismuth.

Troisième jour : 0.30 de 914 + seconde piqûre de bismuth.

3 jours plus tard : 0.45 de 914 + bismuth.

5 jours plus tard : 0.60 de 914 + une ampoule de bismuth.

Tous les 7 jours, une injection de 914 à raison de 0.75, puis 0.90, si le poids du malade est d'au moins 60 kilos. 2 fois par semaine, une injection de bismuth dont une dans la même séance que celle de 914.

La dose totale injectée dans cette série est d'environ 7 grammes de 914 et 15 à 20 doses normales de bismuth.

Repos d'un mois (intervalle pendant lequel l'organisme reste sous l'influence d'une lente imprégnation bismuthique), puis une seconde série arseno-bismuthique identique à la première et suivie d'une pause d'un mois. Après cette pause, il n'est pas nécessaire de poursuivre le traitement conjugué, on fait une série d'injections intraveineuses de 7 grammes de 914 (repos d'un mois), puis une série de 15 injections intramusculaires de bismuth.

Ce traitement d'assaut qui dure environ 10 mois, comporte deux séries arseno-bismuthiques et deux séries simples, l'une de 914, l'autre de bismuth.

b) *Traitement de consolidation*

Première année. — Une série d'injections chaque trimestre.

Premier trimestre : 15 à 20 injections intramusculaires d'une préparation huileuse insoluble de bismuth.

Deuxième trimestre : Injections sous-cutanées d'un dérivé de l'arsenic pentavalent (acetylarsam).

Troisième trimestre : Une série de bismuth.

Quatrième trimestre : Arsenic pentavalent.

Deuxième année. — 3 séries d'injections.

Premier quadrimestre : Une série de bismuth.

Deuxième quadrimestre : Une série d'injections de mercure (huile grise).

Troisième quadrimestre : Une série de bismuth.

Troisième année. — Premier trimestre : Une série d'injections d'arsenic pentavalent.

Deuxième trimestre : Comprimés de calomel (pendant 15 à 20 jours consécutifs).

Troisième trimestre : Une série de bismuth.

Quatrième trimestre : comprimés de calomel (15 à 20 jours).

Après avoir effleuré le sujet sur le traitement précoce de la syphilis, nous allons nous attacher maintenant à établir comment il est possible de reconnaître si un syphilitique, traité ou non, est menacé de P. G. et comment on peut le protéger de ce danger imminent.

Diagnostic précoce de la syphilis nerveuse

Le diagnostic précoce peut être posé :

a) soit par la clinique — dès l'apparition des premiers symptômes.

b) soit par la biologie en étudiant les réactions du liquide céphalo-rachidien.

D'après les observations et les travaux de Paul Ravaut, il résulte que, le plus souvent, les signes biolo-

giques précèdent, et de très longtemps, les signes cliniques, donc nécessité de poser le diagnostic à la période biologique.

Suivant une règle énoncée par Hutchinson, les manifestations tardives de la syphilis ne sont généralement que la conséquence de lésions discrètes datant des premiers mois de l'infection et évoluant à bas bruit pendant de nombreuses années. Les observations de Ravaut, Clovis Vincent, Jeanselme, Sezary prouvent qu'il en est ainsi pour la neuro-syphilis.

La neuro-syphilis parenchymateuse (avec sa localisation cérébrale, la P. G.) existe à l'état embryonnaire, selon l'expression de Clovis Vincent, dès les premiers stades de l'infection et seule la P. L. peut nous la faire découvrir.

L'infection du système nerveux, dont il est possible de suivre l'évolution par l'étude du liquide céphalo-rachidien, est d'abord latente, elle peut :

1° Ou disparaître au bout d'un temps variant de quelques mois à plusieurs années (forme biologique latente).

2° Ou continuer d'évoluer jusqu'à l'apparition d'un signe clinique (forme préclinique latente) (Paul Ravaut).

C'est donc par l'étude systématique du liquide céphalo-rachidien qu'il sera possible de faire, non seulement le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse, mais aussi de révéler une S. N. inapparente méconnue jusque là et qui, après une phase de latence plus ou

moins longue peut, ou disparaître sans laisser de traces ou continuer d'évoluer et mener à la P. G.

Ce sont sur ces notions que repose en grande partie la prophylaxie de la syphilis nerveuse et de la P. G. (Paul Ravaut).

Voici quelles sont les principales réactions employées pour l'examen du liquide céphalo-rachidien :

Mesure de la pression par le manomètre de Claude.

Numération des éléments cytologiques et recherches de leur morphologie (travaux de Ravaut).

Recherche quantitative des albumines : méthode de Mestrezat, Sicard.

Globulines : recherches qualitatives par les méthodes de Nonne, Noguchi, Pandy.

Réactions colloïdales — à l'or, au bleu de Berlin, au mastic, au benjoin colloïdal (Guillain, Laroche, Lechelle) à l'élixir parégorique.

Méthode de déviation du complément (B. W.).

Méthode de floculation de Vernes.

D'après Ravaut, voici quelles sont les éléments composant les réactions qui permettent de nous renseigner, le plus exactement et le plus rapidement, sur l'état du liquide céphalo-rachidien.

1° Réaction cellulaire quantitative et qualitative.

2° Réaction de B. W. et floculation.

3° Réaction de dosage global des albumines.

(Les réactions de B. W. et de floculation du sang peuvent être positives et accentuer la valeur de celle du

L. C. R. ou négatives sans les diminuer, car il est fréquent de constater une réaction négative dans le sang alors qu'elle est positive dans le L. C. R.).

Les différents éléments de ces réactions peuvent se grouper ou différemment s'associer pour former deux groupes (Paul Ravaut.

1° *Réactions complètes* : caractérisées par

a) la présence de cellules en plus ou moins grand nombre avec mononucléaires, plasmazellen de divers types.

b) de l'hyperalbuminose allant de 40 à 50 centigr. jusqu'à 2 grammes et plus.

c) des réactions de floculation et de fixation positive; ces réactions sont l'indice de lésions ménengo-parenchymateuse plus ou moins intenses, selon la prédominance de tel ou tel de leurs éléments.

2° *Réactions partielles* : formées d'un ou plusieurs éléments, mais jamais au complet.

Tantôt la réaction est purement cellulaire.

Tantôt la réaction est purement albumineuse.

(Quelquefois, ces hyperalbuminoses isolées peuvent être en rapport avec des intoxications surtout arsenicales ou des psychoses parfois précoces dans lesquelles la syphilis peut jouer un rôle) (Ravaut et Laignel-Lavastine).

Tantôt, les réactions de B. W. et de floculation peuvent être isolées, sans cellules, sans hyperalbuminose (ces cas sont très rares).

Pour M. Ravaut, les réactions de fixation ou de floculation sont déterminées par des substances, lipoidiques pour la plupart, provenant des processus de destruction ou de désintégration du parenchyme.

Pour M. Dujardin, de Bruxelles, ces éléments dériveraient du sang et pénétreraient dans le liquide céphalo-rachidien à la faveur des troubles de la perméabilité méningée.

M. Dujardin attache une grande importance à l'étude de l'index de perméabilité (rapport entre la quantité de réagines du liquide céphalo-rachidien et du sang) qui permettrait de suspecter l'existence d'une affection nerveuse syphilitique et plus spécialement de la P. G.

Il fait sienne la conclusion d'un travail de Claude, Targowla, Saintenoise qui définissent ainsi le syndrome de laboratoire de la P. G. Les éléments de ce syndrome sont : l'homogénéité de toutes les réactions du L. C. R., l'intensité de réaction du B. W. ; la forme paralytique des réactions colloïdales (benjoin, elixir parégorique) ; la formule leucocytaire (Lymphocytes sans polymucléaires avec cellules plasmatiques) ; l'index de perméabilité supérieur à 1/10.

Au Congrès international de Défense sociale contre la syphilis, la prophylaxie des syphilis nerveuses acquises et héréditaires était au programme. Nous citerons les trois rapports communiqués sur cette importante question qui est la base même de notre travail.

Dans son excellente communication, M. le professeur

Claude, après avoir étudié les moyens d'investigations portant surtout sur l'examen répété du L. C. R., après avoir posé la question de la thérapeutique préventive par la malariathérapie, méthode préconisée à Vienne et en Allemagne, après avoir rappelé qu'à la suite de Pilcz, Kyrle a démontré qu'il faisait disparaître, par l'impaludation, la réaction humorale positive, laquelle s'était montrée rebelle à tous les traitements chimiques, après avoir cité les travaux de Motuschka et Rosner (1927) confirmant cette notion que la cure de malaria suivie d'un traitement arsenical négativait pour longtemps les réactions du L. C. R. positives, ainsi que ceux de Dattner et Heuck, M. le professeur Claude reconnaît que de telles recherches méritent de retenir l'attention, mais il ajoute qu'il faut attendre des éléments plus nombreux et portant sur un temps assez long pour former une opinion définitive sur l'utilité de cette médication tendant à soumettre préventivement à la malaria, tout syphilitique à réaction positive.

Il conclut ainsi : « La prophylaxie de la syphilis, nerveuse, soit du point de vue diagnostic, soit du point de vue traitement, doit être mise en œuvre de façon différente suivant que le médecin aura tenu en observation le malade depuis le début de sa syphilis, ou que le malade se présentera à une période déjà éloignée du début.

a) *Dès l'apparition des signes certains de syphilis*, il convient de prévenir la localisation du virus sur le

système nerveux par les examens répétés du sang et du L. C. R.

Une réaction de B. W. positive, irréductible ou difficilement réductible dans le sang une albuminose ou une lymphocytose persistante du L. C. R. doivent faire redouter des lésions ultérieures des centres nerveux et commandent un traitement énergique (mercure, arsenic, bismuth) prolongé pendant trois ans (Ravaut).

Si la négativation des réactions humorales a été obtenue, le traitement pourra être moins actif, mais la surveillance devra être continuée par l'*examen neuro-psychiatrique et biologique* au moins une fois par an.

Si la négativation des réactions humorales a été constatée dès la première année et surtout si elle se maintient après la troisième, la surveillance pourra être moins sévère.

Un traitement insuffisant comme doses et qualité des médicaments, un traitement irrégulier ou poursuivi trop peu de temps paraissent favoriser la localisation plus précoce du virus sur le système nerveux et prédisposent au tabès ou à la P. G.

Si la thérapeutique chimique n'a pas dans les cas bien traités, fait disparaître les caractères pathologiques du sang et du L. C. R. après la troisième année, si dans les cas insuffisamment traités, les réactions humorales sont franchement positives, l'emploi des *thérapeutiques pyrétiques* pourra être discuté ou même

s'imposer ; cette cure serait suivie d'un traitement chimique.

b) Quand le malade se présente à une période déjà tardive avec des accidents nerveux ou mentaux, l'action prophylactique sera limitée.

L'étude des réactions humorales du sang et du liquide céphalo-rachidien s'impose tout d'abord.

S'il y a lieu de soupçonner un tabès ou une P. G., il convient de recourir immédiatement à la malariathérapie. Dans le cas contraire, le traitement spécifique peut suffire à modifier les symptômes et à prévenir des lésions plus graves. Il doit être allié à une hygiène et à une thérapeutique en rapport avec l'état général.

La P. G. et le tabès, au début, imposent la malariathérapie en vue d'arrêter la progression des lésions en activité et de cicatriser les parties déjà altérées.

Le tabès confirmé, surtout compliqué de lésions nerveuses (névrite optique) ne paraît pas bénéficier de la malariathérapie.

Dans la P. G., même à un stade avancé, la malaria-thérapie donne au contraire souvent des résultats inespérés.

Rapport de M. le professeur Nicolau, de Bucarest :

a) *Prophylaxie de la syphilis nerveuse acquise.*

Mesures prophylactiques visant les facteurs prédisposants.

Facteurs intrinsèques inhérents à la qualité du ter-

rain : Ils sont mal connus et nos possibilités d'action sont des plus restreintes.

Facteurs extrinsèques liés aux conditions de la vie du sujet : Alcoolisme — surmenage physique ou intellectuel, mauvaise hygiène, préoccupations morales, traumatismes. — Leur rôle, bien que discuté par certains auteurs, semble bien avoir une action tout au moins indirecte, et il est prudent de recommander au malade, ainsi que le préconisait Fournier, d'éviter tout excès de boisson — toute fatigue.

b) *Moyens prophylactiques s'adressant au germe.*

Prophylaxie de la S. N. par le traitement.

La véritable prophylaxie de la S. N. consiste dans le traitement de la maladie.

La tendance qui se fait parfois jour, d'attribuer aux traitements actuels de la syphilis un rôle provocateur dans le développement des manifestations nerveuses (Finger et Gatner) n'est nullement justifiée. Au contraire, le traitement précoce énergique de l'infection constitue le moyen le plus efficace de les éviter.

Deux principes directeurs président au traitement préventif de la neuro-syphilis.

1° La plupart des cas de neuro-syphilis ont leur origine dans lesensemencements précoces du système nerveux (période primo-secondaire). Le traitement préventif de la S. N. doit être institué aussi près que possible du début de l'infection et sous une forme assurant

le maximum d'activité thérapeutique (Arsenobenzol combiné au bismuth et au Hg).

2° Le traitement préventif de la neuro-syphilis doit être conduit sous le contrôle du L. C. R., la ponction lombaire étant le seul moyen de surprendre la maladie en germe (phase préclinique de Ravaut) et de contrôler par la suite son évolution.

Si la P. L. pratiquée pendant la troisième ou quatrième année, montre l'altération du L. C. R. il ne faut plus persévérer dans la chimiothérapie seule qui s'est montrée jusque là insuffisamment active, mais au contraire lui adjoindre, même en l'absence de tout signe clinique nerveux suspect, la malariathérapie.

L'assainissement du L. C. R. une fois obtenu, la surveillance prolongée du malade (10-15 ans) et même davantage demeure nécessaire.

A une période plus avancée de l'affection la même ligne de conduite s'impose.

Chez les malades dont l'état général contre indique la malariathérapie, on peut s'adresser au stovarsol sodique associé ou non au bismuth (méthode de Sézary).

De toute façon, le traitement de la syphilis doit être aussi précoce que possible — énergique et longtemps prolongé — les accidents nerveux étant surtout le fait des traitements timides ou insuffisants dont on sait le rôle dans la pathogénie des neuro-récidives.

B. — *Prophylaxie de la syphilis nerveuse dans l'infection héréditaire.*

La syphilis héréditaire obéit aux mêmes lois que la syphilis acquise et sa prophylaxie doit être envisagée du même point de vue.

Ici encore, le traitement doit être institué le plus tôt possible et poursuivi avec la ferme volonté d'obtenir la stérilisation de l'organisme.

Il doit être institué pendant la vie intra-utérine en traitant la mère depuis le début de la gestation jusqu'à la délivrance.

Après la naissance, le traitement de l'enfant sera continué pendant de longues années sous le contrôle biologique du sang et du L. C. R.

L'enfant sera tenu en observation pendant une quinzaine d'années au moins, époque au delà de laquelle les manifestations nerveuses tardives (tabès et P. G.) commencent à devenir plus rares.

Rapport de M. le professeur Wagner Jauregg

Wagner Jauregg étudie exclusivement la prophylaxie de la maladie de Bayle, et il s'attache surtout à montrer l'utilité de la malaria dans la prophylaxie de cette affection ainsi que son action évidente sur les réactions du L. C. R.

A ce sujet, il cite les statistiques de Kyrle et de ses élèves Matuska et Rosner.

Sur 54 cas de la période secondaire avec réactions

positives du L. C. R., les réactions étaient devenues négatives ou très améliorées dans 100 % des cas.

Sur 79 cas de la période de latence, les réactions du sérum furent améliorées dans 98,7 % des cas.

Presque tous ces malades avaient subi, avant la malarisation des cures antisypilitiques fortes et répétées.

Dans la période de latence, suivant qu'elle était précoce ou tardive, les résultats de la malaria furent différents :

Sur 32 cas de latence précoce (2 à 5 ans après l'infection) le liquide devint négatif dans 84 % des cas.

Sur 86 cas de latence tardive, le liquide ne devint seulement négatif que dans 56 % des cas.

Ces résultats portent sur des malades suivis pendant quatre ans au maximum.

A l'appui de ces dires, le professeur Wagner Jauregg rappelle encore les travaux de Heuck et cite les statistiques de Dattner portant sur 129 paralytiques traités par la malaria et dont il a suivi le sort pendant 6 à 8 ans.

Conclusions du Rapport de M. Wagner Jauregg

1° La meilleure prophylaxie de l'affection (la P. G.) est le traitement de la syphilis primaire et secondaire qui, s'il est pratiqué correctement, permet d'éviter les réactions positives du L. C. R. ou de les faire disparaître si elles se sont déjà montrées.

2° Le traitement doit consister surtout dans les préparations arsenicales (arsenobenzols, dérivés du salvarsan) et bismuthiques, sous formes de cures fortes, répétées avec de petits intervalles.

3° A la fin de la période secondaire on doit se convaincre qu'on est arrivé à un tel résultat, c'est-à-dire que le liquide est normal. Pour cette raison, on doit pratiquer la P. L. 3 à 5 ans après l'infection, date après laquelle il est exceptionnel que les syphilitiques acquièrent des réactions positives.

4° Si le malade n'a pas été traité énergiquement pendant les premières périodes de la syphilis et que le L. C. R. montre des réactions positives, on doit pratiquer la *malariathérapie* qui, parfois, suffit à elle seule, sans l'emploi de remèdes spécifiques, pour négativer le liquide, mais il est prudent de la combiner avec de fortes cures spécifiques (arsenic et bismuth à hautes doses) avant et après la malarisation.

Un tel traitement est d'autant plus nécessaire que le syphilitique se trouve déjà dans la période de latence tardive — les réactions positives du liquide, en pareil cas, le désignant au premier chef, comme candidat à la P. G. et les résultats thérapeutiques étant d'autant plus favorables que l'évolution est moins avancée.

5° Si les réactions positives du liquide n'ont pas disparu ou du moins ne sont pas très affaiblies un an après la malariathérapie, on devra répéter le traitement.

A la suite de ces trois rapports sur la prophylaxie, la S. N. ; après les rapports de Messieurs Ravaut (de Paris), Dujardin (de Bruxelles), Truffi (de Padoue), sur le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse et sa pathogénie, neurologistes, psychiatres et syphiligraphes ont été d'accord pour voter à l'unanimité la résolution suivante : « La Conférence internationale de Défense sociale contre la syphilis réunie le 11 mai 1932, à l'hôpital Saint-Louis, à la suite des rapports, communications et discussions concernant le diagnostic précoce des syphilis nerveuses, considérant que la ponction lombaire est le meilleur moyen d'apprécier l'état du système nerveux estime qu'il est nécessaire de la pratiquer au cours des étapes décisives de la vie du syphilitique ».

Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique ?

S'il était possible de pratiquer une P. L. aussi facilement qu'une prise de sang, il suffirait de temps en temps d'analyser le L. C. R. pour en saisir les diverses altérations dès leur apparition. Mais, dans la pratique, le médecin se heurte à des difficultés de toutes sortes — il lui est difficile de pratiquer une première ponction lombaire et souvent impossible d'en faire une deuxième, — aussi, est-il important de fixer le moment le plus propice pour faire une analyse du liquide céphalo-rachidien.

En 1919 (*Presse Médicale*, n° 37, du 8 octobre), M. Paul

Ravaut posait le problème et, pour le résoudre, s'appuyait sur les statistiques et les résultats fournis par la P. L. chez 1.000 syphilitiques à différentes périodes de leur maladie.

Il concluait que la P. L. devait être pratiquée à la fin de la troisième année ou au début de la quatrième, expiration de la période pendant laquelle se rencontrent en plus grand nombre les réactions latentes et où on a le plus de chance de les saisir toutes (même celles qui ont évolué progressivement).

Depuis 1919, M. Ravaut est resté fidèle à ses conclusions qui sont les suivantes :

A) Chez un malade suivi et traité depuis le début de l'infection, la P. L. doit être pratiquée à la fin de la troisième année (La thérapeutique intensive devant se prolonger jusqu'à cette époque). Toutefois, M. Ravaut ajoute que s'il était prouvé, par exemple, que la malaria arrête les lésions nerveuses dès leur apparition, il n'hésiterait pas à avancer la date de la ponction.

B) S'il s'agit d'un consultant, l'examen du L. C. R. est nécessaire pour établir son bilan et diriger son traitement.

a) La P. L. n'est pas nécessaire avant la fin de la troisième année à condition qu'il subisse un traitement intensif jusqu'à cette échéance.

b) A la fin de la troisième année, elle est de règle.

c) A partir de la quatrième année, elle sera appliquée chez tout malade qui ne l'a pas encore subie.

M. Ravaut (dans un article du *Monde Médical*, de décembre 1932), préconise le traitement suivant dans le cas où l'analyse du L. C. R. révèle une S. N. latente.

Cures mixtes arsenico-bismuthiques consistant en séries d'injections de novarsenobenzol à doses croissantes au nombre de 10 en général et, entre chacune de ces injections, on injecte une ou deux doses de bismuth — ces cures seront répétées à plusieurs reprises pendant une année — ensuite, sang et L. C. R. seront de nouveau examinés.

Si la syphilis est récente, ce traitement sera capable de faire rétrocéder les réactions du L. C. R. fussent-elles intenses et complètes (cellules, hyperalbuminose, B. W. et benjoin positifs).

Si malgré ces traitements chimiothérapiques, les réactions ne cèdent que très lentement ou ne s'améliorent pas, si la réaction est constatée chez un syphilitique ayant dépassé la cinquième ou sixième année — l'on pourra tenter d'autres traitements (injections intrarachidiennes, stovarsol sodique et surtout malariathérapie).

Au sujet de cette dernière méthode, M. Ravaut cite les statistiques de Kyrle, Motuschka et Rosner, celles de Vonkennel qui conclut que la malariathérapie précoce, associée à la chimiothérapie est appelée à résoudre le problème prophylactique de la S. N.

Malgré cela, M. Ravaut fait des réserves, certaines statistiques sont moins encourageantes, des récives

s'observent (Mucha et Mras les ont signalées dans une proportion de 4 %) et il ajoute :

« Sans vouloir comparer les deux méthodes de traitement de la syphilis nerveuse latente, car la malaria-thérapie manque encore de recul, j'estime que pour les formes diagnostiquées précocement, c'est-à-dire pendant les deux ou trois premières années, le traitement chimiothérapique peut suffire ; pour les formes diagnostiquées après la troisième année ou pour les cas qui auraient résisté à la chimiothérapie, le traitement par la malaria associé à la chimiothérapie est indiqué. Enfin, chez les malades atteints de S. N. patente tardive, il faut appliquer sans hésiter malaria et chimiothérapie.

Ces traitements seront continués aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour obtenir la disparition des réactions du sang et du L. C. R. Les cures de malaria pourront être répétées et entre chacune d'elles des cures chimiothérapiques seront instituées ».

M. Sezary examine le L. C. R. à la fin du traitement d'attaque (fin de la première année), il objecte à la méthode de M. Ravaut qu'à la fin de la troisième année, une réaction méningée est beaucoup plus difficilement curable — soit par la chimiothérapie ou même par l'impaludation et qu'elle est irréductible dans 10 à 15 % des cas (Henck) et il ajoute (*Biologie Médicale*, page 447, oct.-nov. 1932) que jusqu'ici, avec le traitement arsenobismuthique conjugué, il n'a pas eu encore un seul cas

de réaction méningée persistant à la fin de la première année, et que, si ce résultat était confirmé par l'étude de plusieurs centaines de cas, on pourrait penser que la P. L. (si redoutée des malades) deviendrait inutile puisqu'on serait sûr que le L. C. R est toujours normal chez les malades traités de la sorte.

Si le liquide céphalo-rachidien examiné à la fin du traitement d'attaque se montre anormal, il est bon de répéter une deuxième année le même traitement que pendant la première (traitement d'assaut) en substituant toutefois au 914 (dans la série arsenico-bismuthique et dans la série arsenicale), le *stovarsol sodique*, en raison de son affinité spéciale pour le parenchyme nerveux.

A la fin de la deuxième année, on doit refaire une analyse du L. C. R. Si ce dernier reste anormal, il faut considérer le malade comme pouvant devenir P. G. et le traiter comme tel.

La stovarsolthérapie sera la méthode de choix pour lutter contre la P. G. et préserver le malade de son atteinte redoutable.

Ce traitement préconisé par MM. Sezary et Barbé, en 1921, a fait ses preuves dans le traitement de la P. G. Il nous semble qu'il pourrait être utilisé avec succès dans la prophylaxie de cette même maladie.

Sa technique consiste à faire, trois fois par semaine, une injection sous-cutanée de 1 gramme de stovarsol sodique dissout dans 10 cc. d'eau distillée stérilisée

(la première injection sera de 0,50 pour accoutumer le malade).

La série complète comporte 21 piqûres et dure 7 semaines — ses seules contre-indications résident dans les lésions antérieures du nerf optique, dans l'existence d'un tabès avéré, associé, ou d'une insuffisance rénale.

Le stovarsol, qui est un puissant médicament de la neuro-syphilis parenchymateuse, peut dans certains cas, rares, il est vrai, réactiver les lésions des autres organes où il n'exerce qu'un faible pouvoir antisypilitique.

Pour prévenir cette réactivation, le mieux serait d'associer au stovarsol un corps antisypilitique plus actif tel que le bismuth, c'est-à-dire d'injecter aux malades, simultanément et non successivement, le dérivé arsenical et le composé bismuthique, chacun aux doses auxquelles on l'emploierait si on l'utilisait seul (traitement arseno-bismuthique mineur).

Si, après deux séries de stovarsol, le malade n'est pas amélioré, il est inutile de continuer le traitement, on doit avoir recours à la malariathérapie.

Chez un ancien syphilitique, il est nécessaire de faire une P. L., de préférence après une réactivation, c'est-à-dire 15 jours environ après 3 injections de 0,15 — 0,30 — 0,45 de 914.

Si le L. C. R. est normal, on peut conclure que le malade est à l'abri d'une complication nerveuse. La seule cause d'erreur possible tiendrait à une dispari-

tion momentanée de toutes les anomalies (éventualité fort rare).

Si, au contraire, le L. C. R. est anormal, on doit penser à la P. G. et instituer un traitement spécial :

Stovarsol associé au bismuth (ce dernier ne pouvant que renforcer l'arsenic pentavalent et être très utile si l'affection dont est menacé le malade était le tabès).

Donc, faire chaque trimestre une série de 21 injections sous-cutanées de 1 gr. de stovarsol sodique (3 par semaines) en même temps que 10 à 15 injections d'une préparation de bismuth insoluble.

Ce traitement préventif tardif doit être contrôlé par un nouvel examen du L. C. R. fait 2 ans après le premier.

La disparition des anomalies sera d'un bon augure. Toutefois, si, à la P. L. de contrôle, on trouve une aggravation de ces anomalies, il faut impaluder le malade s'il n'y a pas de contre-indication.

Ces directives données par le professeur Sezary nous semblent en tout point excellentes — nous ne pouvons formuler qu'une seule critique d'ordre pratique, la difficulté de faire plusieurs ponctions lombaires.

Nous citerons d'autres méthodes, qui, actuellement employées pour le traitement de la P. G. confirmée, pourraient après une expérimentation suffisante, servir à la prophylaxie.

Paul Ravaut pense que si le traitement par injections intra-rachidiennes de cyanure de Hg ou de novarseno-

benzol est inefficace dans la P. G. déclarée, il est très actif dans la shyphilis latente précoce.

Des méthodes toutes nouvelles ont été expérimentées en Amérique.

Le point de départ des auteurs américains repose sur l'action de la malariathérapie. Ils considèrent que la température élevée du corps est l'essentiel de cette thérapie et ils tâchent d'atteindre ce but en exposant le tronc du malade entre deux plateaux de condenseur d'un appareil à courants de haute fréquence aux ondes courtes (Hinsie) ou en appliquant les électrodes d'un appareil à diathermie sur la poitrine, le ventre et le dos du malade (Neymann et Osborne).

Schiephake fait agir ces courants de haute fréquence aux ondes courtes, directement sur le crâne.

Nous citerons pour mémoire quelques communications faites au centenaire de Fournier sur le traitement et la prophylaxie des syphilis nerveuses :

Communications des professeurs Schreus et Bernstein (de Dusseldorf), sur les résultats cliniques obtenus par une nouvelle méthode de traitement de la syphilis, ayant pour base un salvarsan fortement actif. Ce médicament agit dans la S. N. (tabès et P. G., il n'est pas dangereux et peut être supporté par des malades chez lesquels la malariathérapie est contre-indiquée. Il peut être aussi combiné avec le bismuth et la pyrétothérapie.

Communication de M. Emilio Rizzatti (de Racconigi),

où il conseille pour la prophylaxie de la S. N. la pyrétothérapie au moyen de soufre associé au bismuth, à l'iode et au mercure, à l'exclusion des arsénobenzènes. Il a personnellement employé cette thérapeutique avec succès pour un certain nombre de malades neuro-psychiâtriques.

Actuellement, il nous semble que la meilleure prophylaxie de la P. G. consiste en l'association de la malaria-thérapie et de la stovarsolthérapie — association pouvant se faire suivant un ordre variable selon les conditions propres à chaque cas et selon l'expérience du médecin. Il serait peut-être préférable de débiter par la stovarsolthérapie, car le traitement arsenical fortifie les malades et leur permet parfois de supporter une impaludation qu'ils n'auraient pas tolérée auparavant.

DE LA PONCTION SOUS-OCCIPITALE EN SYPHILIGRAPHIE

Dans son service de l'hôpital Saint-Louis, M. Paul Ravaut a mis au point la technique de la sous-occipitocentèse, voie nouvelle qui semble devoir résoudre les difficultés des examens répétés du liquide céphalo-rachidien.

Dans un article récent de la *Vie Médicale*, MM. Ravaut, Richon et A. Bocage insistent sur le gros intérêt que présente la ponction sous-occipitale qui, par sa *simpli-cité* et sa *grande innocuité* doit remplacer en syphili-graphie la ponction lombaire.

En 1905, Westenoefffer, pour drainer deux ménin-gites purulentes fit, la première sous-occipitocentèse.

Depuis, de nombreux médecins l'ont surtout prati-quée pour l'exploration au lipiodol et la myelographie. A Claude Bernard, elle est utilisée couramment pour le traitement de nombreuses méningites purulentes.

Après de nombreuses expériences favorables, MM. Ravaut, Richon et Bocage, dans une remarquable com-munication, proposent la sous-occipitocentèse comme voie d'accès du liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs, après avoir fait un exposé des données anatomiques de la région démontrent : « que les centres nerveux et le névraxe ne courent pas plus de danger

que dans la ponction lombaire et qu'une aiguille bien orientée dans le plan médian ne lèsera aucun centre nerveux ni aucun vaisseau susceptible de donner lieu à des accidents graves ».

TECHNIQUE :

Position du malade. — Pour que la ponction sous-occipitale soit facile, il est indispensable :

1° Que le malade ait la tête plus basse que le tronc ;
2° Que la tête et la colonne cervico-dorsale soient strictement maintenues dans le plan sagittal médian du corps sans inflexion latérale ni rotation à gauche ou à droite (vérifier en prenant du recul pour voir l'ensemble du malade) ;

3° Que le cou soit fléchi en avant, le menton se rapprochant du manubrium sternal.

Trois positions répondent à cette triple nécessité :

- a) Décubitus latéral sur plan incliné.
- b) Position à plat ventre tête pendante.
- c) *Position de la pré-culbute* (cette position, qui est la meilleure, a été imaginée par le docteur Ravaut).

Description :

« Le malade à genoux sur la table se penche en avant, posant à plat ses avant-bras demi-fléchis, les coudes en arrière, les mains en avant empaumant les bords de la table, puis fléchissant la tête entre les épaules, il appuie le sommet de son crâne sur la table comme s'il voulait *amorcer* une culbute ».

Cette position très commode pour l'opérateur qui



voit nettement les repères tend aussi à faire plonger davantage dans le crâne le bulbe et le cervelet et à agrandir le volume de la citerne (les positions assises tendent à produire le contraire).

De plus, « en cas d'anomalies de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure qui pourrait faire saillie dans le canal rachidien, ce vaisseau se trouverait entraîné par le cervelet derrière l'occipital ».

Après avoir badigeonné la région à l'iode, on repère le point de pénétration de l'aiguille, aiguille à P. L. classique, diamètre 10 à 10/11 de millimètre, longueur d'au moins 9 cms.

Le repérage est facile sur les sujets maigres, on sent bien la protubérance occipitale externe et l'apophyse épineuse de l'axis. Dans le sillon qui sépare les deux masses musculaires du cou, on pique sur la ligne qui joint ces deux points.

Chez les sujets gras, ou ceux dont la nuque a été le siège d'inflammation du tissu cellulaire, on repère le point favorable de la façon suivante :

« La main gauche embrassant le crâne, les doigts repèrent la mastoïde de droite du patient pendant que le pouce suit la ligne des apophyses épineuses et *recherche le point le plus dépressible*. Ce point, qui se trouve d'ordinaire à 1 ou 2 travers de doigt de la protubérance occipitale externe, à la hauteur de la ligne des mastoïdes, est le point favorable à l'introduction de l'aiguille.

« On pique l'aiguille perpendiculairement au plan de la nuque fléchie, juste sur la ligne médiane. Au contact de la membrane atloïdienne, marquer un temps d'arrêt, puis enfoncer l'aiguille lentement ».

Deux techniques sont utilisables pour aborder la membrane atloïdienne.

Nous indiquerons celle qui est surtout recommandée aux débutants et dans tous les cas difficiles :

« On cherche d'abord à toucher avec la pointe de l'aiguille la face inférieure de l'occipital, puis on la retire légèrement, et corrigeant sa direction, on l'enfonce tangentiellement à la courbure de l'os ».

INCIDENTS. — Les incidents rares sont presque toujours bénins.

CONTRE-INDICATIONS. — En cas de tumeur cérébrale avérée. Chez les vieillards artério-scléreux (chez qui les artères pourraient être dilatées, sinueuses et, par suite, déviées vers la ligne médiane). Chez les hémophiles.

AVANTAGES. — Intervention très peu douloureuse, moins douloureuse que la ponction lombaire.

Sur 90 malades ponctionnés par cette méthode, dans le service du docteur Ravaut, deux ont accusé une vague lourdeur de tête, mais aucun d'eux n'a ressenti les malaises si pénibles (céphalées, vertiges, vomissements) qui surviennent parfois après une P. L. correctement faite.

CONCLUSIONS

Devant la carence des traitements curatifs de la Paralyse Générale, forme la plus désastreuse et la plus funeste de la syphilis nerveuse, il nous a paru intéressant de faire un travail sur la prophylaxie de cette affection.

En voici les conclusions :

I. — Tirer le meilleur rendement possible des moyens d'action qui sont actuellement employés dans la lutte contre le péril vénérien.

a) PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE ;

b) DÉFENSE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS

II. — *La meilleure prophylaxie consistera surtout à dépister la syphilis et à la traiter, dès son début, par des méthodes énergiques.*

Il faudra frapper vite, fort et sans répit.

a) *Traitement d'assaut.*

Traitement arsено-bismuthique conjugué.

b) *Traitement de consolidation.*

Ce traitement devra se poursuivre jusqu'à la fin de la troisième année.

III. — L'examen du liquide céphalo-rachidien constituant le moyen le plus précieux pour diagnostiquer précocement une syphilis nerveuse, il importe de le pratiquer :

a) *A la fin du traitement d'attaque* (fin de la première année). Si à cette période le L. C. R. est anormal, il sera nécessaire de répéter, une deuxième année, le même traitement que la première année en substituant au 914, le stovarsol sodique.

b) *A la fin de la deuxième année de traitement..*

Si le L. C. R. reste anormal, il faut alors considérer le malade comme un candidat éventuel à la P. G. et le traiter spécialement : Stovarsol sodique et bismuth ou impaludation.

L'association de ces deux traitements avec stovarsol, avant ou après la malarisation, nous paraît devoir donner d'excellents résultats dans la prophylaxie de la P. G.

c) *Chez un syphilitique ancien et non suivi :*

Faire un examen du L. C. R. après réactivation (15 jours après 3 injections de 0,15, 0,30, 0,45 de 914). Si le liquide est anormal, instituer de suite un traitement par le stovarsol. Si ce traitement n'est pas favorable, si l'examen de contrôle montre une aggravation des réactions du L. C. R., il est nécessaire d'avoir recours sans délai à la malariathérapie.

IV. — Pratiquer de préférence la sous-occipitocentèse (technique de Ravaut) qui ne présente pas les

inconvenients de la P. L. et semble jouir auprès des malades d'une faveur plus grande.

V. — Créer des centres régionaux de prophylaxie de la S. N. et de malariathérapie.

Ici, nous citerons les résultats d'un centre fonctionnant actuellement à Toulouse (Docteurs Riser et Planques).

En un an, ce centre a donné 1.000 consultations avec examen complet (clinique, humoral, ophtalmologique) dépisté 180 syphilitiques nerveux sur lesquels 80 ont été soumis à la malariathérapie, avec 30 % d'améliorations.

VI. — Eduquer les malades. — Les persuader de la nécessités des examens répétés du L. C. R. et les diriger dès la première alarme sur les centres de prophylaxie.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLETY.

Vu :

LE DOYEN.
BALTHAZARD.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
LAIGNEL-LAVASTINE.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGELI. — *Contribution à l'Etude du Traitement Mercuriel Intensif*. — Thèse Paris 1910.
- AUMASSON C. — *Paralysie générale et grossesse*. — Thèse Paris 1932.
- ARNAUD F. — *La paralysie générale après Bayle* (Centenaire de la Thèse de Bayle (1822-1922)).
- CACHÉRA André. — *Quelques réflexions sur la prophylaxie de la syphilis*. — Thèse Paris 1921.
- CAVAILLON. — *La lutte anti-vénérienne en France* (Hygiène sociale 10-1-31). — L'armement anti-vénérien en France.
- CLAUDE Henri. — *Rapport sur la prophylaxie des syphilis nerveuses acquises ou héréditaires* (Centenaire de Fournier, 9-11 mai 1932).
- COULLOUDON. — *Contribution à l'étude du traitement de la P. G.* — L'impaludation cérébrale. — Thèse Paris 1932.
- ELGART. — *Pathogénie et prophylaxie des maladies méta-syphilitiques* (tabès et P. G.). (Archives de neurologie, t. 1, volume 1, mai 1927, n° 5, page 161).
- DUJARDIN (Bruxelles). — *Diagnostic précoce et pathogénie des syphilis nerveuses* (Rapport centenaire de Fournier, 9-11 mai 1932).
- FOURNIER Alfred. — *Prophylaxie de la syphilis* (1903).
- FURET. — *Contribution à l'étude de la P. G.* — Thèse Paris 1922.
- GRESY Paul. — *Phase pré-symptomatique de la P. G.* — Thèse Paris 1929.
- GOUGEROT. — *Généralités sur le traitement actuel de la syphilis* (*Monde Médical*, 1-15 décembre 1932).

- JEANSELME. — *Pour assurer la prophylaxie sociale de la syphilis, quelle est la méthode la plus sûre ?* (La prophylaxie anti-vénérienne, octobre 1930, n° 10, pages 644-647).
- JEANSELME et SEZARY. — *Précis de syphiligraphie et maladies vénériennes.* — Bibliothèque du doctorat en médecine Gilbert et Fournier, 1925.
- KLIPPEL. — *Syndrome de la P. G.* — Annales Médico-psychologiques, novembre 1922.
- LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON. — *Les malades de l'esprit et leurs médecins du XVI^e siècle au XIX^e siècle* (Maloine).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *L'impaludation des P. G., sa technique, sa valeur* (Semaine des Hôpitaux de Paris, 3-10 octobre 1930, p. 493-503).
- LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON. — *Les précurseurs de Bayle* (Centenaire de la thèse de Bayle, 1822-1922).
- LEROY et MÉDAKOVITCH. — *Paralysie générale et malariathérapie* (G. Doin, 1931).
- MOLLARET Pierre. — *Le traitement actuel de la P. G. Ce qu'il nous apprend* (Baillière 1932).
- NICOLAU (Bucarest). — *Rapport sur la prophylaxie des syphilis nerveuses acquises ou héréditaires* (Conférence internationale de défense sociale contre la syphilis, 10 mai 1932).
- ORLINSKI. — *Etude clinique de l'hypothèse d'une syphilis neurotrope.* — Thèse Lyon 1931.
- QUENTIN Jean. — *Lutte contre le péril vénérien en France par le Service Social* (Thèse Paris 1931).
- RAVAUT Paul. — *Diagnostic précoce et pathogénie des syphilis nerveuses acquises ou héréditaires.* — (Centenaire de Fournier, hôpital Saint-Louis, 9-11 mai 1932).
- RAVAUT Paul. — *Diagnostic précoce et pathogénie des syphilis du liquide céphalo-rachidien* (Monde Médical, 15 juillet 1932, n° 813).
- RAVAUT Paul. — *Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique ?* (Presse Médicale, n° 37, 8 octobre 1919).

- RAVAUT Paul. — *Le traitement de la syphilis nerveuse* (*Monde Médical*, 1-15 décembre 1932).
- RAVAUT, L. RICHON et A. BOCAGE. — *La sous-occipitocentèse en syphiligraphie* (*Vie Médicale*, 25 janvier 1933, pages 101-109).
- RITTI (Ant.). — *Eloge du docteur Jules Falret* (*Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1906).
- ROUDINESCO Angèle. — *La durée d'incubation du tabès et de la P. G.* (Thèse de Paris, 1931).
- SÉZARY et BARBE. — *Des traitements modernes de la paralysie générale* (G. Doin, 1930).
- SÉZARY et A. HOROWITZ. — *Traitement de la syphilis*, pages 417-418, *Biologie médicale*, oct.-nov. 1932.
- SÉZARY. — *Les traitements préventifs de la neuro-syphilis* (*Presse Médicale*, 26 septembre 1931, n° 771).
- VERNES Arthur. — *La lutte contre la syphilis* (archives de l'Institut prophylactique, t. 1, n° 1, pages 1 à 19).
- VIGNAUD Martial. — *Historique de la paralysie générale.* — Thèse Paris 1902.
- WAGNER JAUREGG. — *Prophylaxie des syphilis nerveuses acquises ou héréditaires* (Conférence internationale de défense sociale contre la syphilis, journée du 10 mai).

